

MODEL KEMITRAAN PUSKESMAS-PRAKTIK SWASTA DALAM PENANGGULANGAN TUBERKULOSIS PARU DI KECAMATAN KALASAN, KABUPATEN SLEMAN, PROVINSI DIY

*PUBLIC-PRIVATE MIX ON TB CONTROL: ENGAGING PRIVATE PRACTITIONERS
IN KALASAN SUB-DISTRICT, SLEMAN DISTRICT, YOGYAKARTA PROVINCE*

Alex Prasudi¹ dan Adi Utarini²

¹Puskesmas Kalasan, Kabupaten Sleman, Yogyakarta

²Magister Manajemen Rumahsakit, UGM, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: Indonesia has adopted DOTS strategy since 1995. However, problems in low case detection have widely been recognized. The objective of this study was to develop public-private mix (PPM) in TB control through engaging private practitioners (PPs) in Kalasan Sub District, Sleman District.

Method: Action research was applied and the intervention consisted of advocating the need for collaboration, disseminating DOTS strategy, and distributing newsletter. Data were collected from interviews, group discussions, secondary data and analysed descriptively.

Result: The diagnostic phase revealed low understanding of DOTS among PPs, albeit a high enthusiasm. Thirteen PPs were identified and mostly chose to refer TB suspects. One PP selected the diagnosis role, and 3 PPs provided treatment. In planning action phase, a theoretical model was discussed and finally resulted in a practical model for engaging PPs. PPs started referring TB suspects in the taking action phase. During 10 months, PPs identified 30 TB suspects and 4 smear positives. The final evaluating action phase identified implementation problems.

Conclusion: A PPM model to engage PPs in TB control based on health centre has been implemented, using advocacy strategy. Sustainability of this partnership depends on health centre capacity, policy and commitment from district health office.

Keywords: public-private mix, Tuberculosis, action research, private practitioner

PENGANTAR

Diperkirakan sepertiga penduduk dunia terinfeksi kuman Tuberkulosis (TB) dan 95%-nya berada di negara berkembang. Tuberkulosis Paru (TB Paru) merupakan penyebab sekitar 25% dari seluruh kematian di dunia, dan 80% kematian tersebut berasal dari kelompok usia produktif yang menopang perekonomian keluarga.¹ *World Health Organization* (WHO)² menyatakan bahwa setiap 100.000 penduduk Indonesia terdapat 115 penderita baru TB Paru dengan Basil Tahan Asam (BTA) positif.

Teknologi untuk menanggulangi TB dikenal dengan *Directly Observed Treatment Short course* (DOTS), yang telah diterapkan sejak tahun 1995 di Indonesia. Hasil penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa penderita TB tidak hanya menggunakan pelayanan kesehatan di puskesmas, namun juga praktisi dokter umum.^{3,4,5,6} Informasi serupa juga diperoleh dari pengembangan jejaring praktisi swasta di Yogyakarta yang menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan yang pertama

dikunjungi penderita TB BTA (+) adalah puskesmas (33,2%), kemudian praktisi swasta (24,8%).⁷

Konsekuensinya pelaksanaan DOTS perlu diperluas, termasuk ke praktisi swasta. *World Health Organization* (WHO) mengembangkan inisiatif *Public-Private Mix* (PPM DOTS) sejak tahun 1999. Inisiatif ini mencakup kemitraan antarsarana pelayanan pemerintah dan pelayanan swasta, ataupun kemitraan antara sarana pemerintah dan swasta. Pada saat ini, telah terdapat lebih dari 40 inisiatif PPM-DOTS di 14 negara.⁹

Di Indonesia, potensi jejaring praktisi swasta belum banyak dikembangkan. Dinas Kesehatan (Dinkes) Provinsi Bali melakukan uji coba pelaksanaan DOTS pada 40 Dokter Praktik Swasta (DPS) di Bali tahun 2002, dan berhasil menjangkau 583 penderita, 34 diantaranya BTA (+), 4 BTA (+) kambuh dan 82 BTA (-).¹⁰ Idris¹¹ juga mengembangkan upaya serupa di Palembang pada 15 DPS dengan keterlibatan organisasi profesi secara aktif. Pada kedua inisiatif tersebut, pengembangan jejaring praktisi swasta tidak

berbasis sistem wilayah. Penelitian ini bertujuan untuk mengembangkan jejaring dengan praktisi swasta berbasis konsep wilayah Puskesmas. Tujuan penelitian ini adalah untuk menerapkan model kerja sama dengan DPS untuk penanggulangan TB Paru.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian dilakukan di Puskesmas Kalasan, Kabupaten Sleman, Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY). Sarana kesehatan yang berada di Kecamatan Kalasan, yaitu: 1 RS swasta, 1 BP4, 2 BP/RB, 13 DPS, 21 bidan praktik swasta, 1 Puskesmas induk, 2 Puskesmas pembantu, 2 polindes, dan 91 posyandu. *Case Detection Rate* (CDR) di Provinsi DIY pada tahun 2003 adalah 30,06%, sedangkan di Kabupaten Sleman pada tahun 2003 jumlah penderita TB sebanyak 4.701, CDR 21,7%, tingkat konversi 93,2%, *cure rate* (CR) 81%, dan pengobatan lengkap 10,2%.¹² Di Kecamatan Kalasan terdapat total 99 penderita BTA (+), 6 berasal dari Puskesmas, 23 dari RS Panti Rini dan 70 dari BP4.

*Action research*¹³ digunakan karena intensitas keterlibatan responden yang tinggi dalam menghasilkan model intervensi, serta menggunakan pengumpulan data utama kualitatif. Subjek utama penelitian adalah 13 DPS yang praktik di wilayah Puskesmas Kalasan. Tahap diagnosis dilakukan dengan wawancara DPS yaitu menggunakan kuesioner. Kuesioner terdiri dari deskripsi praktisi swasta dan praktik swastanya,

pemahaman mengenai DOTS, dan pilihan peran dalam menjalankan DOTS. Tahap *planning action* berupa tiga pertemuan dengan praktisi swasta, koordinator TB RS Panti Rini, BP4, Dinas Kabupaten Sleman, serta tim pengelola program TB Puskesmas Kalasan. Tahapan ini menghasilkan model kemitraan teoritis yang selanjutnya dimodifikasi menjadi model kemitraan implementatif dan dilaksanakan pada tahap *taking action* selama 9 bulan. Data hasil pencatatan di Puskesmas, RS, BP4, dan DPS, serta data pendukung dari Dinkes Kabupaten Sleman (TB03) digunakan untuk menyajikan temuan suspek dan penderita TB Paru. *Evaluating action* dilakukan setelah kemitraan mulai berjalan dengan melakukan wawancara mendalam ke DPS dan tim DOTS Puskesmas, serta mengadakan satu pertemuan dengan DPS, koordinator TB RS Panti Rini, BP4, serta tim pengelola program TB Puskesmas Kalasan. Data kuantitatif dianalisis secara deskriptif, sedangkan data kualitatif dianalisis menurut tema yang telah ditentukan sebelumnya.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Tahap Diagnosis

Tahap diagnosis menghasilkan karakteristik praktisi swasta, tempat praktik, dan pilihan peran (Tabel 1), serta pemahaman secara umum tentang DOTS dan kesediaannya untuk terlibat (Gambar 1).

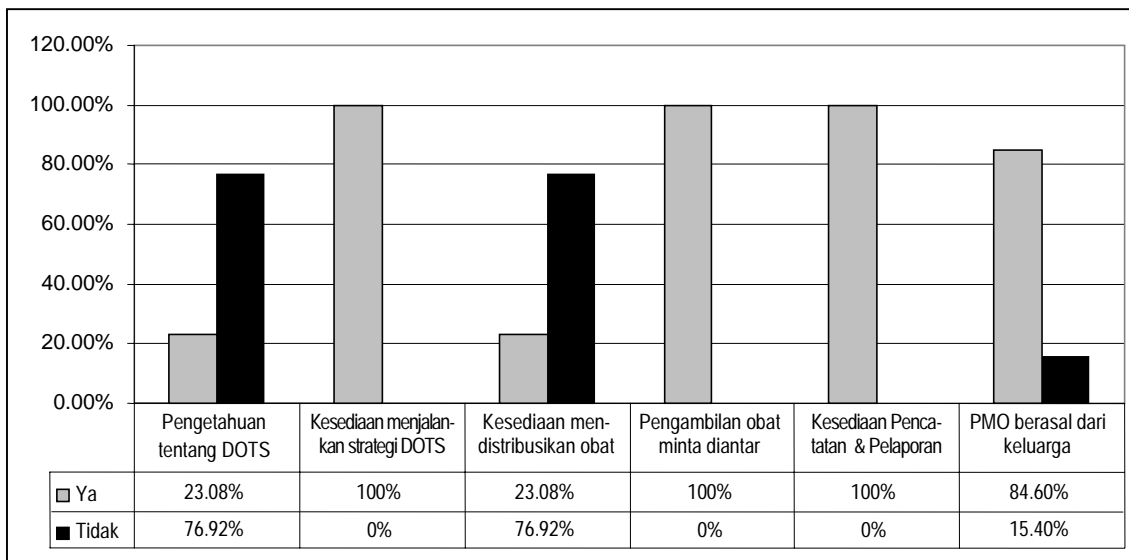
Tabel 1. Deskripsi Dokter Praktik Swasta di Wilayah Kecamatan Kalasan, Kabupaten Sleman, 2004

DPS	Seks	Usia (tahun)	Lama praktik (tahun)	Jam praktik (jam per hari)	Pasien per hari	Peran
1	P	35	3	3	3	Penemuan suspek
2	L	32	2	3	2	Penemuan suspek
3	P	29	1	4	4	Penemuan suspek
4	L	41	13	4	20	Pengobatan
5	L	37	8	4	5	Penemuan suspek
6	L	36	5	3	5	Penemuan suspek
7	P	35	4	2	10	Penemuan suspek
8	L	41	7	4	6	Penegakan diagnosis
9	L	37	11	3	3	Pengobatan
10	P	63	30	2	2	Penemuan suspek
11	P	29	4	3	6	Penemuan suspek
12	P	42	15	3	15	Penemuan suspek
13	L	28	1	4	8	Pengobatan

Dokter Praktik Swasta (DPS) terdiri dari 6 perempuan dan 7 laki-laki, dengan variasi usia antara 28 tahun (dengan lama praktik 1 tahun) hingga 63 tahun (dengan lama praktik 30 tahun). Lama praktik per hari tidak terlalu bervariasi, antara 2-4 jam dan tidak ada dokter yang bekerja penuh waktu sebagai DPS. Institusi tempat kerja DPS adalah puskesmas (3), RS (5), institusi pendidikan (1), DPRD provinsi (1), serta PT Askes (1). Terdapat 5 DPS yang sangat sedikit jumlah pasien per harinya (2-4 pasien), dan 3 DPS yang jumlah pasiennya >10 per hari.

distribusi obat, alternatif pembinaan PMO, serta sistem pencatatan pelaporan. Dalam tahapan ini, terlebih dahulu disusun model pendekatan sistem kemitraan secara teoritis yang diperoleh dari studi pustaka, serta penelitian Idris.¹¹

Pertemuan pertama dengan DPS dilakukan bulan Januari 2004 dalam acara penanggulangan TB dan Demam Berdarah *Dengue* (DBD) karena terdapat Kejadian Luar Biasa (KLB) DBD di Kecamatan Kalasan. Pertemuan yang melibatkan lima dokter ini, dihadiri oleh Kepala Seksi P2M Dinkes Sleman yang memberikan dukungan dan



Gambar 1. Pemahaman DPS Mengenai DOTS dan Kesiapan untuk Terlibat dalam Jejaring

Meskipun pemahaman DPS mengenai DOTS rendah, serta tidak bersedia menjalankan pencatatan dan pelaporan penderita TB, akan tetapi seluruh DPS antusias untuk menjalankan strategi DOTS dan terlibat dalam jejaring. Tantangannya adalah bagaimana strategi untuk melibatkan DPS, karena DPS tidak dapat menjalankan strategi DOTS tersebut secara penuh di praktik swastanya.

Berbasis pengalaman *Hospital DOTS Linkage* di RS¹⁴, peran DPS pun dapat dibedakan menjadi peran penemuan suspek, peran diagnosis, dan peran pengobatan (Tabel 1). Hanya 3 DPS yang bersedia melakukan pengobatan, 1 DPS berperan menegakkan diagnosis, dan 9 DPS lainnya memilih merujuk suspek TB ke puskesmas.

2. Tahap *Planning Action*

Sebelum menjalankan strategi DOTS, perlu disepakati alur rujukan laboratorium untuk pemeriksaan sputum, alur rujukan kasus dan

menjelaskan pentingnya kemitraan Puskesmas dengan DPS. Pada pertemuan ini, peneliti menyajikan model kemitraan teoritis, dilanjutkan dengan diskusi. Saat itu, DPS banyak menanyakan strategi DOTS,

“... terus terang, saya tidak banyak tahu masalah DOTS, selama ini bila ada pasien penderita TB, saya sarankan *rontgen* foto toraks dan laborat darah rutin, bila positif saya berikan resep”

(Responden 13)

Meskipun pemahaman tentang DOTS belum memadai, namun DPS bersemangat dan menyetujui rencana kemitraan ini.

“Wah menarik sekali, terus terang saya merasa kaget karena baru kali ini kami di-*uwongke* (diakui keberadaannya). Kami sangat berharap ini tidak sekedar masalah TB dan berkelanjutan”

(Responden 8)

Antusiasme ini juga disertai dengan harapan akan kejelasan peran setiap pihak, tidak saling membebani, tanpa perjanjian tertulis, tanpa ancaman, serta keterbukaan. Tiga hari setelah pertemuan tersebut, DPS mengirimkan 2 suspek, 1 diantaranya BTA (+). Selain itu, ada pula keraguan dari DPS karena:

“... pasien saya cuma sedikit dan seingat saya jarang sekali menemukan suspek TB...”
(Responden 10)

Pertemuan tersebut diikuti dengan kunjungan ke praktik 8 DPS yang tidak hadir dalam pertemuan tersebut dan mengundang untuk hadir pada pertemuan kedua.

Pertemuan kedua baru terlaksana pada bulan April 2005 yang dihadiri oleh Kepala Bidang P2PL Dinkes Sleman dan 9 DPS. Pertemuan ini membahas model kemitraan secara lebih mendalam dan DPS masih mengemukakan beberapa harapan yang lain yaitu tidak dibebani dengan pencatatan dan pelaporan.

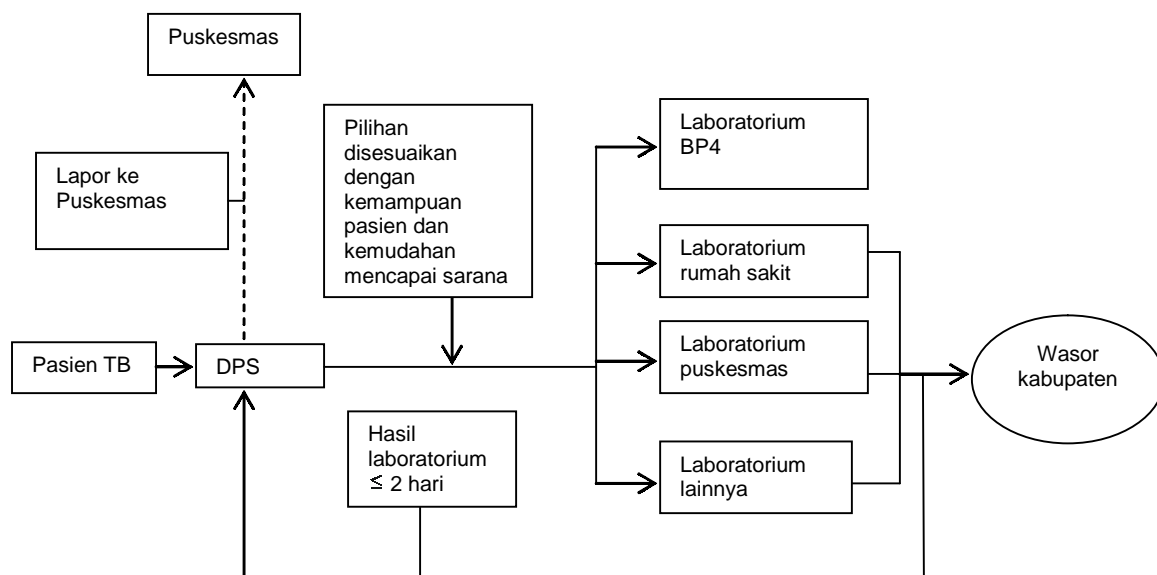
“... bingung, tidak dong, daripada tidak diisi lebih baik jangan dibebankan kepada kami...”

“kemitraan bersifat nonformal ‘...yang luweslah, tidak terlalu birokratis kaku...’ tetapi berjalan baik, serta perlunya kesepakatan-kesepakatan tertulis sebagai pedoman pelaksanaan”

Selain itu, terdapat pula kesulitan diagnosis menggunakan sputum di praktisi swasta, fungsi PMO yang tidak dapat dijalankan sendiri oleh DPS, serta keraguan tentang kelangsungan kemitraan dan cara distribusi obat. Oleh karena itu, beberapa prosedur, seperti: alur rujukan laboratorium untuk sputum, alur rujukan kasus, alur sistem pencatatan dan pelaporan, pembinaan PMO, serta alur penyediaan obat perlu dimodifikasi dari model kemitraan teoritis dan diujicobakan.

Model kemitraan implementatif baru dapat disepakati pada pertemuan ketiga yang dilaksanakan pada bulan Mei 2004 dan dihadiri oleh 8 DPS. Pada pertemuan ini DPS menegaskan kembali ketidakanggapan untuk mengisi TB01 dan memperoleh hasil pemeriksaan sputum lebih cepat. Hasil kesepakatan model kemitraan implementatif sebagai berikut.

- Alur rujukan laboratorium pemeriksaan sputum
Pemilihan tempat sarana diagnosis tergantung kemampuan dan keinginan pasien. Pasien suspek TB Paru dari DPS yang memeriksakan dahaknya ke Unit Pelayanan Kesehatan (UPK) diperlakukan sama, termasuk biayanya. Hasil pemeriksaan sputum disepakati untuk dikirim ke DPS dalam waktu 2 hari setelah pengiriman pasien. DPS selain memberi surat pengantar laboratorium (*form* TB05) juga mengirim SMS ke kepala puskesmas untuk memantau kedatangan pasien yang periksa sputum. (Gambar 2).



Gambar 2. Alur Rujukan Pemeriksaan Sputum

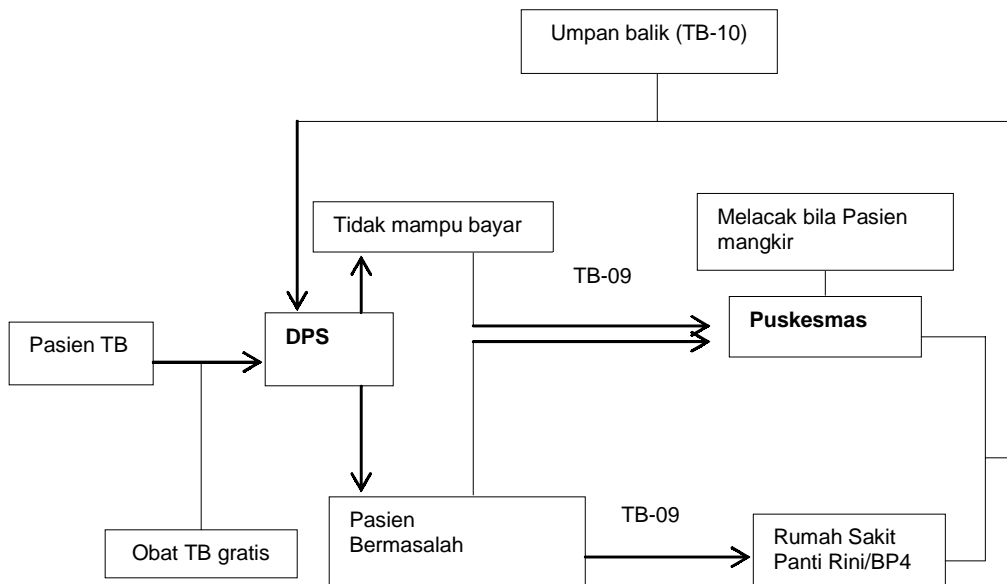
b. Alur rujukan penderita

Pasien yang berobat ke DPS dapat memperoleh obat gratis apabila DPS menggunakan strategi DOTS. Bila terjadi komplikasi atau pasien tidak teratur mengambil obat, maka pasien dirujuk ke Puskesmas atau rumah sakit. Jasa konsultasi tetap dibayar pasien sebagai hak DPS. (Gambar 3).

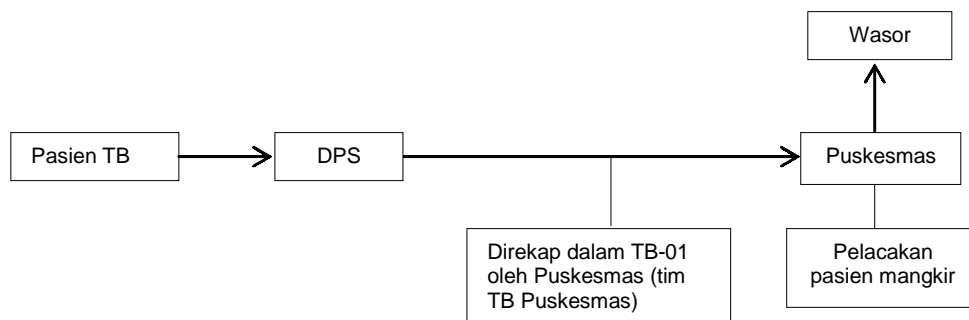
c. Alur pencatatan dan pelaporan

Dokter Praktik Swasta (DPS) mencatat identitas pasien secara lengkap (nama dan

alamat lengkap pasien dan PMO, hasil pemeriksaan penunjang). Dua minggu sekali petugas P2TB puskesmas mengunjungi DPS untuk merekapitulasi catatan dari formulir TB01. Pasien dilaporkan sebagai pasien puskesmas walaupun alamat tempat tinggal pasien tersebut berada di luar wilayah puskesmas. Pelacakan menjadi tanggung jawab puskesmas wilayah tempat tinggal pasien. (Gambar 4).



Gambar 3. Alur Rujukan Penderita

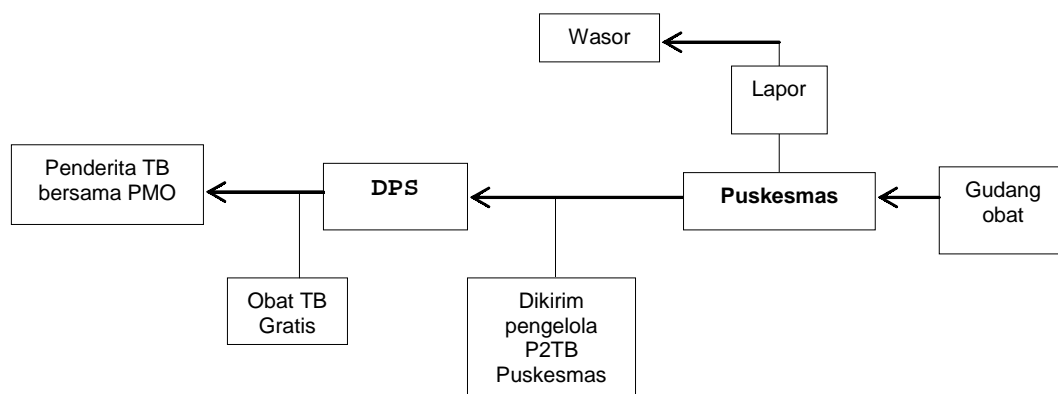


Gambar 4. Alur Pencatatan dan Pelaporan

d. Alur penyediaan obat

Pemenuhan obat TB di DPS disuplai sesuai kebutuhan. Obat langsung diberikan oleh DPS ke pasien TB Paru yang didiagnosis dengan pemeriksaan sputum dan dapat kontrol teratur. Ketersediaan obat di puskesmas diambil dari gudang obat dinkes kabupaten dengan mekanisme langsung ke gudang farmasi dengan membawa surat pengantar "bon obat" dan memberitahu wasor. Petugas P2TB puskesmas mengunjungi DPS secara rutin untuk mengontrol penggunaan obat, sekaligus merekapitulasi formulir TB01. (Gambar 5).

Tabel 2 tersebut menunjukkan bahwa Unit Pelayanan Kesehatan (UPK) yang menemukan BTA (+) terbanyak adalah BP4 dengan proporsi BTA (+) yang tertinggi pula. Hal ini tidak mengherankan, karena unit pelayanan kesehatan memang merupakan unit pelayanan kesehatan yang khusus menangani penyakit paru. Puskesmas merupakan unit pelayanan kesehatan yang tidak efisien karena meskipun temuan suspeknya tertinggi, akan tetapi proporsi BTA (+) sangat kecil (1,8%). Hal ini dimungkinkan karena terlalu longgar dalam menentukan kriteria suspek dan kurangnya penjelasan tentang cara mengeluarkan dahak yang



Gambar 5. Alur Penyediaan Obat

3. Tahap *Taking Action*

Model kemitraan ini mulai dijalankan oleh DPS dan puskesmas pada bulan Januari hingga Oktober 2004 bersamaan dengan pertemuan pertama dengan DPS. Tahap ini berjalan secara simultan dengan tahap *planning action* karena memang pada saat itu telah terdapat kiriman suspek dari DPS, meskipun pembahasan kesepakatan tertulis mengenai model kemitraan implementatif belum tuntas. Petugas P2TB puskesmas mengunjungi DPS secara rutin triwulanan.

Tabel 2. Penemuan Suspek dan BTA (+) dari Unit Pelayanan Kesehatan DOTS di Wilayah Kalasan, Januari-Oktober 2004

Unit Pelayanan Kesehatan	Jumlah suspek	Jumlah BTA (+)	% BTA (+)
BP4 Kalasan	178	55	30,9
RS Panti Rini	160	10	6,3
Puskesmas	224	4	1,8
DPS	34	4	11,8
Jumlah	630	73	11,6

benar pada penderita. Adapun DPS menghasilkan sejumlah BTA (+) yang sama dengan puskesmas yaitu 4 penderita BTA (+), dengan proporsi BTA (+) yang wajar (berkisar 10%-15%). Melihat temuan ini, DPS cukup potensial dalam menyumbang penemuan penderita TB Paru BTA (+) karena jejaring ini juga baru mulai dikembangkan pada tahun yang sama.

Dari 73 penderita BTA (+) yang ditemukan oleh UPK di wilayah Kalasan, hanya 10 penderita yang berasal dari wilayah Kalasan. Pada tahun 2004, jumlah penderita TB yang diobati di Puskesmas Kalasan berjumlah 11 orang, 4 diantaranya berasal dari rujukan DPS dan dinyatakan sembuh.

4. Tahap *Evaluating Action*

Dari 4 DPS yang menemukan penderita BTA (+), 3 diantaranya memilih merujuk suspek ke puskesmas karena merasa kurang yakin bahwa penderita dapat teratur minum obat. Sementara satu DPS yang lain sebenarnya hanya merujuk untuk pemeriksaan sputum dan akan diobati di tempat praktiknya. Akan tetapi, setelah pasien

mengetahui hasilnya positif, pasien meminta untuk dapat diobati di puskesmas. Hal ini sempat membuat DPS tidak percaya pada puskesmas.

“Saya senang dengan program ini, tapi mengapa pasien saya jadi pindah diobati di puskesmas? Apa puskesmas tidak memotivasi pasien untuk kembali kontrol ke dokter?”

(Responden 13)

Selain itu, juga dapat diidentifikasi beberapa permasalahan dalam jejaring kemitraan puskesmas dengan DPS, sebagai berikut.

1. Respon puskesmas yang lambat (>2 hari) dalam memberitahukan hasil pemeriksaan laboratorium;
2. Dokter Praktik Swasta (DPS) tidak menggunakan *form* TB05, namun hanya menggunakan kertas resep ketika mengirimkan suspek ke puskesmas bahkan beberapa hanya melalui SMS tanpa pengantar apapun;
3. Pasien sulit diminta sputum 3 kali dan menurut DPS pasien lebih senang di-*rontgen*.
4. Pasien yang BTA (+) tidak mau kontrol klinis ke DPS meskipun telah dimotivasi oleh puskesmas ketika pasien mengambil obat antituberkulosis di Puskesmas (sesuai kesepakatan). Pada pasien yang bersedia kontrol klinis ke DPS, pasien mengeluh merasa mual apabila minum obat dan bosan karena badannya terasa tidak enak.
5. Pasien BTA (+) yang ditemukan DPS akan dikeluarkan dari pekerjaannya setelah diketahui menderita TB. Untuk itu, puskesmas meminta bantuan Komite DOTS untuk klarifikasi dan melakukan penyuluhan ke perusahaan, sehingga pasien tidak jadi dikeluarkan.
6. Dokter Praktik Swasta (DPS) banyak yang tidak punya rekam medis (7 DPS dari 13 DPS), hanya dicatat dalam buku register pasien. Hal ini menyulitkan puskesmas ketika akan melacak pasien yang tidak pemeriksaan sputum karena data alamat pasien tidak lengkap.
7. Antisipasi penambahan beban kerja bagi petugas puskesmas untuk menjalankan kemitraan ini, serta konsekuensinya bagi biaya operasional program TB.

PEMBAHASAN

Penelitian *action research* yang berlangsung selama kurang lebih 10 bulan ini menghasilkan dua temuan utama. Pertama, yaitu model kemitraan implementatif jejaring puskesmas dan DPS. Kedua,

kontribusi nyata keterlibatan DPS dalam jejaring yang menunjukkan bahwa 1 DPS menemukan sekitar 1 suspek dalam 3-4 bulan dan 1 BTA (+) dalam 2 tahun. Temuan ini lebih rendah daripada pengakuan DPS dalam *survey* yang dilakukan oleh IDI¹⁵ dengan hasil 15-20 suspek/dokter/tahun dan Mahendradhata dkk.¹⁶ dengan hasil 11 suspek/dokter/tahun. Namun demikian, hasil di Kalasan merupakan kenyataan sesungguhnya dan bukan berdasarkan pernyataan DPS semata.

Dari aspek model kemitraan yang dikembangkan terdapat beberapa karakteristik: 1) model yang dikembangkan tidak bersifat eksklusif, artinya pelibatan DPS tidak berarti meniadakan peran puskesmas dalam DOTS; 2) menggunakan strategi advokasi; dan 3) puskesmas merupakan pihak yang mengawali inisiatif dan bersikap proaktif. Di antara spektrum intervensi yang dapat dikembangkan dalam *public-private mix*⁸, strategi yang dipilih dalam penelitian ini adalah sosialisasi DOTS dan implementasinya, serta pemberian penghargaan atas partisipasi DPS. Perbedaannya dengan model *public-private mix* dengan DPS yang dikembangkan oleh Idris¹¹ adalah bahwa model ini berbasis konsep wilayah yang dimiliki oleh puskesmas dan bukan hanya berbasis pada kemauan yang baik dari DPS tertentu. Perbedaan yang lain adalah bahwa Idris¹¹ menggunakan kerja sama dengan organisasi profesi dalam mengembangkan jejaringnya di Palembang, sedangkan model Rai¹⁰ dalam hal keterkaitannya dengan pelayanan di puskesmas, mirip dengan penelitian ini.

Terdapat faktor-faktor yang mendukung pengembangan dan pelaksanaan kemitraan ini. Kedudukan peneliti sebagai Pimpinan Puskesmas Kalasan mempermudah dalam melaksanakan *action research* dan menambah relevansi pengembangan jejaring. Awal pengembangan jejaring yang bersamaan waktunya dengan KLB DBD juga menguntungkan penelitian ini karena DPS kemudian mempunyai perhatian yang lebih besar terhadap penyakit menular. Telah berkembangnya jejaring TB dengan RS dan BP4, serta kualitas program TB di puskesmas yang memadai, juga akan mempermudah perluasan jejaring *public-private mix* ke praktisi swasta.

Faktor penghambatnya adalah bahwa DPS tidak merasa mempunyai keterikatan dengan puskesmas dan juga tidak mengetahui mengenai kewajiban pelaporan penyakit menular yang berpotensi wabah. Meskipun di Indonesia terdapat Undang-Undang (UU) No. 4/1984 tentang Wabah Penyakit Menular yang menyatakan bahwa dokter, petugas kesehatan yang memeriksa penderita, kepala UPK pemerintah dan swasta diharuskan

menyampaikan laporan kewaspadaan. Penyakit-penyakit menular yang dilaporkan adalah penyakit yang memerlukan kewaspadaan ketat yaitu penyakit-penyakit wabah atau yang berpotensi wabah atau yang dapat menimbulkan KLB, namun tampaknya UU ini tidak populer. Selain itu, dalam UU Praktik Kedokteran No. 29/2004 Pasal 46 telah disebutkan pula bahwa tenaga medis wajib mempunyai rekam medik dan pada Pasal 44 disebutkan standar pelayanan medis harus diikuti oleh tenaga medis dalam memberikan pelayanan kesehatan. Undang-Undang (UU) ini tampaknya juga belum tersosialisasi dengan baik dan memang baru akan dilaksanakan pada bulan Oktober 2005. Secara umum, dapat dikatakan bahwa praktik swasta di Indonesia memang belum teregulasi dengan baik karena masih lemahnya sistem regulasi pelayanan kesehatan.^{17,18}

Di lain pihak, proses pengembangan model kemitraan puskesmas dan praktisi swasta ini memang tidak menggunakan pendekatan regulasi, dengan pertimbangan bahwa pendekatan regulasi yang diterapkan pada fase awal untuk suatu kegiatan yang bersifat inovatif dan melibatkan topik yang belum tersosialisasi dengan baik (DOTS-TB) justru dapat berakibat negatif terhadap kemitraan ini. Meskipun demikian, di masa mendatang pendekatan regulasi dapat meningkatkan kelangsungan jangka panjang jejaring ini, apabila strategi advokasi dipandang sudah cukup dilakukan. Peran dinas kesehatan (dinkes) dalam regulasi pelayanan kesehatan dapat memperkuat kelangsungan kemitraan ini, sehingga regulasi dapat secara langsung berpengaruh terhadap kinerja program kesehatan¹⁹, serta kualitas pelayanan TB yang diterima oleh pasien yang berobat di praktisi swasta. Penelitian ini sekaligus juga menunjukkan potensi manfaat nyata yang akan diperoleh oleh kinerja program kesehatan apabila peran regulasi pelayanan kesehatan dapat dikembangkan oleh dinkes di daerah.

KESIMPULAN DAN SARAN

Penelitian ini telah menghasilkan model kemitraan implementatif jejaring TB antara puskesmas dan DPS. Model ini berbasis pada kerja sama puskesmas dan DPS dalam penanganan DOTS. Terdiri dari tiga peran yaitu peran penemuan suspek, peran diagnosis, dan peran pengobatan, serta empat alur yang disepakati (alur rujukan laboratorium, alur rujukan kasus, alur pencatatan dan pelaporan, serta alur penyediaan obat).

Model kemitraan yang melibatkan 13 praktisi swasta dalam kurun waktu 13 bulan ini mampu mengidentifikasi 4 penderita BTA (+). Jumlah BTA ini sama dengan yang ditemukan oleh puskesmas

dalam kurun waktu yang sama. Selain itu, efektivitas jejaring ini juga dapat dilihat dari aspek mutu pelayanan TB yang diterima oleh pasien praktisi swasta serta meningkatnya kinerja program TB di Puskesmas Kalasan.

Kelanjutan pelaksanaan model kemitraan ini dalam program TB ataupun program kesehatan yang lain sangat bergantung dari dukungan dan komitmen dinkes kabupaten serta puskesmas. Di masa mendatang, perlu pula diantisipasi beberapa dukungan yang dibutuhkan, antara lain dukungan operasional untuk peningkatan kapasitas di puskesmas, penguatan peran regulasi pelayanan kesehatan di dinkes dan kebijakan kabupaten dalam *public-private mix*.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih yang setulusnya penulis sampaikan kepada (alm) dr. Suharyanto Supardi, MPH, MSPH, yang telah membimbing tesis ini di S2 IKM Minat Utama Epidemiologi Lapangan, FK UGM, serta kepada Dinkes Kabupaten Sleman atas beasiswa dana penelitian.

KEPUSTAKAAN

1. Departemen Kesehatan RI. Pedoman Nasional Penanggulangan Tuberkulosis, Cetakan Ke-6. Jakarta. 2003.
2. WHO. Global Update On TB. National TB Monitoring and Evaluation Meeting. October 5. Bali. 2004.
3. Loekito, H.E. Beberapa Segi yang Menarik dari Penderita Tuberkulosis Paru yang Berobat di Puskesmas Banjarnegara. *Medika*. 1989; 15(1): 91-92.
4. Uplekar, M., Juvekar, S., Morankar, S., Rangan, S., Nunn, P. Tuberculosis Patient and Practitioners In Private Clinics In India. *International Journal on Tubercle and Lung Disease*. 1998; 2(4): 324-29.
5. Auer, C., Sarol, J., Tanner, M., Weiss, M. Health Seeking and Perceived Causes of Tuberculosis Among Patients In Manila, Philippines, *Tropical Medicine and International Health*. 2000; 5(9): 648-56.
6. Departemen Kesehatan. Draft Laporan Survei Prevalensi Tuberkulosis Indonesia Tahun 2004. Badan Penelitian dan Pengembangan Departemen Kesehatan RI, Direktorat Jenderal Pemberantasan Penyakit Menular-Penyehatan Lingkungan Departemen Kesehatan RI. Jakarta. 2005.
7. Utarini, A., Mahendradhata, Y., Syahrizal, B.M., Arifin. *Engaging Private Practitioners*. Presentasi pada Workshop TORG, 27 Mei, Yogyakarta. 2005.

8. Uplekar, M., Pathania, V., Raviglione, M. Private Practitioners and Public Health. Weak Links In Tuberculosis Control. Lancet. 2001; 358: 912-16.
9. WHO. Draft: Guidance on Engaging Diverse Health Care Providers In TB Control: Public-Private Mix For DOTS. WHO Sub-Working Group on PPM-DOTS. World Health Organization. Geneva. 2005.
10. Rai, I.B.N. DOTS pada Dokter Praktik Swasta di Bali. National Seminar on Hospital DOTS Linkage and Public Private Mix in Indonesia. 3-6 September. Yogyakarta. 2003.
11. Idris, F. Model Kemitraan antara Pemerintah dengan Dokter Praktik Swasta dalam Program Pemberantasan TB Strategi DOTS di Kota Palembang. Disertasi Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat Program Pascasarjana Universitas Indonesia. Jakarta. 2003.
12. Dinkes Kabupaten Sleman. Laporan Kegiatan Program Tuberkulosis Paru di Kabupaten Sleman, Daerah Istimewa Yogyakarta. 2003.
13. Coghlan, D. and Brannick, T. Doing Action Research In Your Own Organization. Sage Publications. London. 2001.
14. Komite DOTS DIY. Laporan ke Hospital DOTS Linkage dan Hasil Pelaksanaan P2TB di Provinsi DIY. Komite DOTS DIY. Yogyakarta. 2004.
15. WHO and Stop TB Partnership. PPM DOTS In Indonesia: a Strategy For Action. Mission Report; TB Strategy and Operations, Stop TB Department. WHO. Geneva. 2003.
16. Mahendradhata., Y, Upiek, C.F.B.U, Utarini, A. Bagaimanakah Praktisi Swasta Menangani Tuberkulosis: Hasil Survey Di DIY. Makalah yang Disajikan dalam Pertemuan JEN. 10-11 Juni. Makasar. 2005.
17. Utarini, A., Jasri H. Desentralisasi dan Sistem Regulasi Pelayanan Kesehatan: Sebuah Tinjauan Pustaka. Dalam Trisnantoro, L. Desentralisasi Kesehatan di Indonesia dan Perubahan Fungsi Pemerintah 2001-2003: Apakah Merupakan Periode Uji Coba? Gadjah Mada University Press. Yogyakarta. 2005.
18. Utarini, A. Alternatif Strategi Pelaksanaan Peran Regulasi Pasca Desentralisasi di Daerah. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan. 2004; 7(2): 61-68.
19. Utarini, A. Malaria dan Regulasi Mutu Pelayanan Kesehatan. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan. 2003; 6(1): 1-2.